In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Présentation transversale

Dr. Zenibaa-L (E.P.H Hassen Badi - El Harrach - Alger)

Plan:

I. GÉNÉRALITÉS :

1- Définition :

On parle de la présentation transversale quand à la fin de la grossesse ou pendant le travail ; l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par le pôle céphalique ni par le siège du fœtus. Ce dernier se trouve étalé transversalement présentant une partie latérale.

** Caractéristiques :*

- pendant la grossesse, on parle de présentation transversale ou oblique, et dès que la femme entre en travail on parle de présentation de l'épaule.
- C'est une présentation toujours dystocique, car même si le fœtus est eutrophique, à terme et vivant, elle n'aboutit jamais à l'expulsion du fœtus par les voies naturelles.

2- Fréquence :

Rare : 1/300 accouchements.
1 primipare / 6 multipare.

3- Repère - variétés de position :

L'acromion étant le repère de la position. On distingue :

* Les dorso-antérieures : les plus fréquentes, le fœtus s'adaptant par sa face ventrale à la saillie du rachis maternel. On a :

- Acromio-iliaque gauche antérieure (AIGA) +++.
- Acromio-iliaque droite antérieure (AIDA).

* Les dorso-postérieures :

- Acromio-iliaque droite postérieure (AIDP).
- Acromio-iliaque gauche postérieure (AIGP).

II. ÉTIOLOGIES :

On distingue : les présentations imposées et les présentations accidentelles :

A- Les présentations imposées :

Irréductibles, récidivantes si la cause persiste :

1- Malformation utérine : utérus cloisonné, cordiforme, ou à éperon.
2- Déformation utérine : myome prævia, kyste de l'ovaire.
3- Anomalies du bassin : bassin aplati avec promontoire saillant.
4- Causes ovulaires/funiculaires : placenta prævia, brièveté du cordon.

B- Les présentations accidentelles :

1- Utérus atone (chiffon) des grandes multipares.
2- Grossesse gémellaires.
3- Hydramnios.
4- Prématuré : 25% des cas.

III. DIAGNOSTIC POSITIF :

1- En fin de grossesse :

A- Examen clinique :

- Inspection :

L'utérus est à grand axe transversal ou oblique.

- Palpation :

* La région sus-pubienne et l'aire du détroit supérieur sont vides.
* Le fond utérin est vide et étalé.
* Les parois latérales : on perçoit deux pôles fœtaux :
- d'une côté : un pôle céphalique : rond, dur, arrondi.
- de l'autre côté : un pôle pelvien : plus volumineux, moins dur, irrégulier, au niveau d'un flanc ou de l'hypogastre.

- Auscultation :

Les bruits cardiaques fœtaux (B.C.F) perçus au voisinage de l'ombilic, du côté du pôle céphalique. Ils sont éclatants (plus nets) quand le dos est en avant.

- Toucher vaginal (TV) :
  - L'excavation est vide.
  - On ne perçoit pas la présentation.
  - Segment inférieur épais, malformé.

B- Examens complémentaires :

* La radiographie du contenu utérin :

Confirme et précise les données cliniques et permet de déceler une déflexion éventuelle de la tête.

* L'échographie :

- Confirme le diagnostic de la présentation transversale.
- Précise l'insertion du placenta.
- Mesure les biométries fœtales.

2- Pendant le travail :

A- Examen clinique :

1- Si la poche des eaux est intacte :

- La poche est saillante et volumineuse.
- La recherche des repères fœtaux est difficile et doit être prudente.

2- Si la poche des eaux est rompue :

- La position du fœtus devient irréversible et aboutit si le diagnostic est méconnu à des graves conséquences.
- Le T.V perçoit :
  - Le moignon de l'épaule avec sa pyramide osseuse : l'acromion.
  - Creux axillaire : dont le fond est en direction de la tête fœtale.
  - Le grille costal et l'omoplate : par un toucher profond.
  - Dans certains cas : un membre supérieur prolabé, voire même extériorisé à la vulve.
  - La procidence du cordon : fréquente.

B- Examens complémentaires :

* Le diagnostic est confirmé par l'échographie ou la radiographie du contenu utérin.

IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

1- Présentation du siège :

- Différencier une main d'un pied (angle du talon, gros orteil en continuité avec les autres orteils tandis que le pouce s'oppose aux autres doigts).

2- Éliminer un bras procident dans une présentation céphalique ou podalique :

- Bras + sacrum : siège.
- Bras + tête : céphalique.

V. ÉVOLUTION :

A- Mutation spontanée :

Au cours de la surveillance pendant la grossesse, la présentation se transforme en présentation eutocique.

B- Évolution spontanée :

Concerne les fœtus trop petits (non viables).

C- Accouchement en conduplicato-corporé :

Intéresse un fœtus mort, macéré, qui se plie en deux et sort dans n'importe quelle position.

D- L'épaule négligé :

C'est l'évolution habituelle d'une présentation transversale abandonnée à elle-même.

En général le diagnostic de la présentation n'a pas été fait, et la femme enceinte est amenée aux urgences dans cette situation. Il s'agit donc plutôt « d'épaule méconnue ». C'est une situation hautement dystocique réalisant un tableau gravissime. C'est une situation qui s'impose à l'obstétricien.

1- Conditions : +++

Pour que l'épaule soit négligé, il faut que :

* 03 conditions formelles :

a. Travail durant depuis longtemps ;

b. Œuf ouvert (poche des eaux rompue).

c. Utérus rétracté.

* 04 conditions relatives :

a. Présentation qui a tenté de s'engager, s'est immobilisée.

b. Infection ovulaire existe, déclarée ou latente.

c. L'enfant a succombé (B.C.F inaudibles : mort fœtale).

d. Version devenue impossible.

2- Étiologies :

- Plus fréquente chez les multipares : où elle évolue à bas bruit pendant un certain temps.
- Absence de prise en charge de l'accouchement : Ce que se voit souvent dans les régions sous médicalisées.

3- Étude clinique :

a. Signes généraux :

- État général altéré, épuisement maternel.
- Agitation, anxiété, faciès toxique.

b. Signes fonctionnels :

Ceux de toutes les dystocies :

- Contractions utérines irrégulières.
- La femme souffre en permanence.
- Les douleurs : plus lombaires qu'abdominales.
- Absence de relâchement intercalaire.

c. Signes physiques :

- Utérus verticalisé.
- Rétraction : progressive puis permanente.

Ce sont donc des signes de rupture éminente marquée par l'apparition et l'ascension de l'anneau de rétraction (anneau de BANDL-FROMEL) et par l'étranglement de l'utérus en sablier : c'est *le syndrome de pré-rupture de BANDL et FROMEL* (syndrome de lutte), associant :
* Anneau de rétraction.
* Tensions douloureuses des ligaments ronds.
* Contraction utérine permanente : utérus en sablier.

- Le liquide amniotique est méconial (purée de bois).
- B.C.F inaudibles.
- T.V manuel : douloureux :
  * Permet de préciser le degré de dilatation du col.
  * La position du cou du fœtus.

E- Rupture utérine :

Tableau bruyant, cataclysmique :

1- Signes fonctionnels :

Par l'ordre suivant :

a. Douleurs abdominales en coup de poignard.
b. Sensation d'eau chaude s'écoulant dans le ventre.
c. Sensation de bien-être.
d. Pâleur subite.
e. Accélération des pouls filants.
f. État de choc.

2- Signes physiques :

* Inspection :

- Aspect irrégulier de l'abdomen : l'utérus est libéré, le fœtus étant échappé dans l'abdomen.

* palpation :

- Le fœtus est sous la peau.
- On palpe d'un côté : une masse ronde, ferme : correspondant à l'utérus rétracté et vide de son contenu.
- Et de l'autre côté : le fœtus dans l'abdomen.
- La palpation réveille une douleur exquise d'une coté sur le bord rompu.

* Auscultation :

B.C.F inaudibles.

* T.V :

- Ramène du sang noirâtre parfois rouge.
- La présentation a disparu.

F- L'infection ovulaire :

* Favorisée par la rupture précoce des membranes et la longueur du travail.
* Accentuée par la mort fœtale.

VI. PRONOSTIC :

- Le pronostic s'est considérablement amélioré.
- Le pronostic de l'épaule négligé reste grave ainsi que celui de la rupture utérine.
- 15% de mort fœtale.

VII. CONDUITE À TENIR :

A- En dehors du travail :

* En fin de la grossesse , cette présentation transversale peut être réduite par : version par manœuvres externes (V.M.E).

Conditions :

En dehors de contre-indications suivantes :

1- Primiparité.
2- Utérus : malformé, cicatriciel, myomateux.
3- Gémellité.
4- Macrosomie fœtale.
5- Hydramnios (contention impossible).
6- Placenta ou tumeur prævia.

- Elle se fait sous contrôle échographique avec l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (E.R.C.F).

Accidents :

- Décollement du placenta : Hématome rétro-placentaire (H.R.P).
- Souffrance fœtale aigue (S.F.A).
- Rupture des membranes.
- Rupture utérine.
- Échec : le fœtus peut reprendre sa position primitive.

* Programmer une césarienne pour :

- La primipare.
- Si contre-indication à la V.M.E chez la multipare.

B- Pendant le travail :

1- Chez la primipare :

- La présentation transversale est une urgence chirurgicale.
- La césarienne est toujours la solution préférable :
  * Qu'elle s'agit d'une primipare ou multipare.
  * Que la poche des eaux est intacte ou non.
  * Quelle que soit la dilatation.

- La césarienne :

Il convient de pratiquer une hystérotomie verticale segmento-corporéale (partant du segment inférieur et remontant au-dessus de l'anneau de rétraction).

2- Chez la multipare :

a. Membranes intactes :

* Si dilatation complète + fœtus vivant à terme et de volume normal ⇨ Version par manœuvres internes (V.M.I) suivie d'une grande extraction du siège.

Conditions :

- Multipare.
- Utérus intacte et souple.
- Membranes intactes.
- Absence d'anomalies obstétricales.
- Dilatation complète du col.

Accidents :

Les mêmes que pour V.M.E :

- Décollement du placenta : Hématome rétro-placentaire (H.R.P).
- Souffrance fœtale aigue (S.F.A).
- Rupture des membranes.
- Rupture utérine.
- Échec : le fœtus peut reprendre sa position primitive.

* Si dilatation incomplète :

- Expectative, respect des membranes.
- Les contractions utérines arriveront souvent à parfaire le travail et à ramener le col à dilatation complète ⇨ V.M.I suivie d'une grande extraction du siège.

b. Membranes rompues :

* Si utérus souple + fœtus vivant :

- Si dilatation incomplète ⇨ césarienne.
- si dilatation complète ⇨ V.M.I (à condition que la rupture de la poche des eaux soit récente).

* Si utérus rétracté (V.M.I contre-indiquée) :

- Si fœtus encore vivant ⇨ césarienne en urgence.
- Si fœtus mort ≡ épaule négligé ⇨ embryotomie rachidienne ou césarienne si risque de rupture utérine.

VIII. CONCLUSION :

- Présentation dystocique par excellence.
- Fréquence pouvant diminuer par une meilleure surveillance de la grossesse.
- Le diagnostic au début du 9ème mois ⇨ V.M.E.
- Autres situations ⇨ extraction par la césarienne qui a considérablement amélioré le pronostic materno-fœtal.